

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 novembre 1889, à 1 heure

Par M. LÉON MAPÉ

Né à Verdun, le 30 juin 1864.

ÉPILOCÈLES ADHÉRENTES AU SAC

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, professeur.
NÉLATON, BAR, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.		FAVABEUF
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GABRIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	}	DAMASCHINO.
		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	}	GUYON.
		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.		DUPLAY.
Pharmacologie.		BEGNAUD.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULBÈRE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUSS.
		G. SEE.
Clinique médicale.	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.		RICHET.
		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.	}	TRÉLAT.
		LE FORT.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Cliniques d'accouchements.	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISSAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTIER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

Enlevés trop tôt à mon affection

A MON FRÈRE

Chef de District aux chemins de fer de l'Est

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

Chirurgien de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Hommage respectueux

ÉPIPLOCÈLES

ADHÉRENTES AU SAC

AVANT-PROPOS

La cure radicale des hernies est une des grandes questions de la chirurgie moderne; il y a deux ans elle fut traitée avec soin à la société de chirurgie qui lui consacra plusieurs séances, et, s'il y eut alors désaccord entre les chirurgiens, ce fut sur les indications de l'opération plutôt que sur l'opération elle-même. Depuis cette époque un grand nombre d'opérations ont été faites et elles ont jeté un jour nouveau sur certains points de la pathologie des hernies : pourquoi, par exemple, certaines hernies sont-elles douloureuses, tandis que d'autres ne le sont pas; pourquoi le bandage bien toléré dans certains cas est-il tout à fait insupportable dans d'autres cas? C'étaient autant de faits que le clinicien constatait, mais qu'il n'expliquait pas. Aujourd'hui quelques-uns de ces points sont élucidés. Bien des causes peuvent rendre les hernies douloureuses; au premier rang de ces causes il faut placer les adhérences, en particulier les

adhérences épiploïques, dont les formes variées étaient assez mal connues, avant qu'on eût recours à de fréquentes opérations pour la destruction des hernies.

Pendant notre année d'externat dans le service de notre cher maître, M. le D^r J. Lucas-Championnière, nous avons assisté à un grand nombre d'opérations de cure radicale de hernies, et nous avons été frappé de la fréquence de ces adhérences épiploïques au cours des opérations; aussi avons-nous résolu, sur les conseils de notre savant maître, d'entreprendre leur histoire, et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Après avoir exposé l'anatomie pathologique des adhérences, nous rechercherons les signes qui permettent de les reconnaître, puis nous terminerons par un exposé du traitement de l'épiploon au cours de la cure radicale des hernies.

Avant d'entrer dans notre sujet, c'est pour nous un devoir bien doux de témoigner ici l'expression de notre vive reconnaissance aux maîtres dévoués qui nous ont guidé pendant le cours de nos études médicales; à M. le D^r Tillaux, notre premier maître, dont l'enseignement clair et précis nous a été des plus profitables; à M. le D^r Dujardin-Beaumetz, dont l'amabilité et les hautes connaissances thérapeutiques sont appréciées de tous; à M. le D^r Félizet qui, au début de notre externat, nous a témoigné une bienveillance toute spéciale; à M. le D^r J. Lucas-Championnière qui nous a inculqué les grands principes de la chirurgie moderne et nous a initié à la pratique de l'antisepsie qu'il a vulgarisée avec tant de patience et d'habileté;

nous sommes fier d'avoir été son élève, et nous lui gardons la meilleure part de notre affection ; à M. le D^r Duguet qui, pendant l'année que nous avons passée auprès de lui comme externe, n'a cessé de nous faire profiter d'une si grande expérience clinique ; à M. le D^r Porak qui nous a initié à la pratique des accouchements.

Nous tenons aussi à remercier MM. les D^{rs} Paris et Grosjean qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale ; nous nous sommes toujours bien trouvé depuis d'avoir suivi leurs sages conseils.

Enfin, nous gardons une bonne part de notre reconnaissance pour le D^r Dubief et notre ami Dagron qui, après nous avoir témoigné le plus vif intérêt, pendant qu'ils étaient nos internes, n'ont cessé depuis, dans maintes circonstances pénibles, de nous donner les preuves de la plus solide amitié.

Nous prions M. le professeur Duplay d'agréer nos vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les chirurgiens du xviii^e siècle et du commencement du xix^e se sont beaucoup occupés de la question des adhérences dans les hernies; faut-il en chercher la cause dans l'imperfection des bandages de l'époque occasionnant des étranglements fréquents, et par suite nécessitant souvent l'intervention sanglante; toujours est-il qu'à ce moment la kélotomie était en honneur, on faisait donc de nombreuses autopsies, et il était ainsi facile de relater les lésions propres à chaque cas.

Après Malgaigne, au contraire, la kélotomie cesse d'être en honneur, peut-être aussi les étranglements sont-ils moins fréquents, grâce à la perfection des bandages, c'est possible; mais si l'intervention est beaucoup plus rare cela tient surtout à la doctrine du pseudo-étranglement qui ne réservait plus l'opération que pour les petites hernies qui venaient de se produire et de s'étrangler. On a donc peu étudié les adhérences dans ces derniers temps et on a peu ajouté à ce qu'en savaient les anciens.

On a fait de nombreuses classifications des adhérences, J. L. Petit, Arnaud, Richter, Scarpa ont chacun leur classification; c'est à ce dernier auteur que nous devons l'étude la plus complète des adhérences.

Cruveilhier, dans son anatomie pathologique, Laugier, dans son article du *Dictionnaire de Médecine*,

Nélaton, dans son *Traité de pathologie externe*, Gosselin, dans ses cliniques, se sont occupés des adhérences.

Plus récemment, Nicaise; dans sa thèse de doctorat sur les *Lésions de l'intestin dans les hernies*, Le Dentu dans son article du Dictionnaire ont abordé aussi cette question.

Nous signalerons enfin la thèse de doctorat de Barrette sur les « Hernies étranglées compliquées d'adhérences ou de gangrène », celle de Boiffin sur les « Hernies adhérentes au sac », et le mémoire du Dr Barrault auquel nous avons fait quelques emprunts.

Nous voyons que tous ces auteurs se sont placés à un point de vue général en traitant les hernies irréductibles; l'épiplocèle adhérente, en particulier, a été négligée, cependant sa fréquence est suffisante pour qu'elle réclame une large place dans l'histoire des adhérences herniaires; on la trouve, en effet, à peu près dans le tiers des cas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quand on opère une épiplocèle irréductible, tantôt il suffit de quelques légères tractions pour mobiliser l'épiploon, tantôt, au contraire, l'aide des doigts ne suffit pas, il faut recourir à l'instrument tranchant pour le libérer. A quoi tient cette différence, sinon à l'ancienneté plus ou moins grande des adhérences ? Dans le premier cas on se trouve en présence d'une adhérence récente, c'est l'adhérence molle, gélatineuse de Scarpa ; dans le second cas l'adhérence est ancienne, elle est devenue fibreuse, tendineuse, c'est l'adhérence filamenteuse ou membraneuse de Scarpa. Entre ces deux adhérences extrêmes il y a place pour un troisième cas, adhérences mixtes, formées à la fois d'adhérences récentes et d'adhérences anciennes.

Au point de vue macroscopique nous diviserons donc les adhérences en trois groupes :

les adhérences faciles à détruire, *adhérences légères*.

les adhérences difficiles à rompre, *adhérences solides*.

les *adhérences mixtes*.

Le premier groupe représente la première phase du second, c'est le début du travail inflammatoire, son étude se confond donc avec ce dernier.

Adhérences solides. — On en rencontre deux types :

les unes permettent un certain jeu entre l'épiploon et le sac, ce sont les *adhérences filamenteuses*, les autres créent une union intime entre les deux organes, ce sont les *adhérences en surface*.

A. — *Adhérences filamenteuses*. — Elles sont constituées par des brides plus ou moins allongées, plus ou moins résistantes, à coloration rouge vineux ou grisâtre, suivant le plus ou moins grand développement du système vasculaire, leur consistance est en rapport avec le degré d'ancienneté : les adhérences vieilles sont analogues aux tendons, suivant la comparaison de Scarpa, elles crient sous le bistouri. Leur nombre est variable, tantôt il n'y a qu'une seule adhérence filamenteuse, tantôt elles sont très nombreuses et constituent une sorte de feutrage intermédiaire au sac et à son contenu ; elles limitent ainsi des loges dans lesquelles on peut rencontrer des épanchements liquides.

B. — *Adhérences en surface*. — Ces adhérences unissent intimement une portion plus ou moins étendue de l'épiploon avec l'enveloppe péritonéale ; il en résulte une immobilisation de la zone adhérente et l'impossibilité de réduction à moins que le sac n'accompagne.

L'épiploon qui adhère par sa surface externe avec le sac, peut adhérer à l'intestin par sa surface interne constituant une sorte de ciment entre l'intestin et le sac ; la paroi de ce dernier se trouve ainsi augmentée d'épaisseur, mais l'intestin qui est caché profondément peut devenir une source de dangers pour l'opérateur

et être intéressé par le bistouri ; c'est ce qui est arrivé un jour à Dupuytren dans un cas analogue (1).

Insertions des adhérences.

1° *Sur l'épiploon.* — L'insertion peut se faire sur le bord de l'épiploon hernié ou sur une de ses faces.

a. — *Insertion sur le bord.* — L'épiploon peut n'adhérer qu'en un point, nous appellerons cette adhérence *punctiforme*.

L'adhérence peut se faire sur une ligne, nous l'appellerons *linéaire*.

L'adhérence peut se faire en deux points du bord, laissant entre eux un orifice par lequel l'intestin peut s'engager. Nous pourrions appeler ce nouveau mode adhérence *en anneau* (Lapeyronie, *Mém. Acad. roy. chirurg.*, T. I, 1743, Dupuytren, *Clin. chirurg.*, T. III, Le Fort, *in thèse Marcano*).

b. — *Insertion sur la face.* — Une des deux faces de l'épiploon adhère dans une plus ou moins grande étendue avec la paroi du sac ; dans quelques cas l'épiploon double le sac péritonéal et constitue un sac épiploïque concentrique au premier. Prescott Hewett (2) a particulièrement étudié cette disposition déjà signalée par Ledran et Richter, c'est surtout dans les hernies ombi-

1. Dupuytren. *Gaz. des Hôpitaux*, 1828, p. 66.

2. Prescott Hewett. *Sacs épiploïques enveloppant les hernies étranglées*. In *Arch. de Méd.*, 1845.

licales qu'il a rencontré ces sac épiploïques ; il les signale également dans les hernies inguinales et crurales et en tire des déductions au point de vue opératoire. Cette épiplocèle peut se compliquer d'entérocele et alors l'intestin se trouve uni avec l'épiploon qui sert ainsi de ciment entre lui et le sac.

« Le plus souvent ces adhérences sont larges et solides et forment un obstacle insurmontable à la réduction. Quelquefois elles existent sous forme de brides qui peuvent entourer une anse intestinale et produire son étranglement (Mac Farlane). »

2° *Sur le sac.* — L'insertion peut se faire, soit sur les parois, soit sur le collet du sac.

a. — Insertion sur les parois. — L'insertion peut se faire au fond du sac ou sur ses différentes faces ; dans ces cas l'adhérence constitue simplement une cause d'irréductibilité plus ou moins complète et un point d'appui en général douloureux pour le bandage.

b. — Insertion au collet du sac. — Lorsque les adhérences siègent au niveau du collet, leur gravité est bien plus grande, elles sont le point de départ le plus fréquent des douleurs ; c'est, en effet, dans cette variété d'adhérences que M. Lucas-Championnière a eu le plus souvent à intervenir pour combattre les phénomènes douloureux. Il faut donc condamner la pratique des chirurgiens qui, dans une kélotomie, abandonnent l'épiploon dans la plaie, et *a fortiori* ceux qui le fixent dans le but d'obtenir des adhérences qui formeront une sorte de bouchon au niveau du collet ; en effet, les adhérences au collet du sac sont toujours dou-

loureuses, et elles n'empêchent pas la progression de la hernie, elles facilitent au contraire la récurrence comme le prouvent nos observations XXXIV et XLVIII. La première observation concerne un malade qui après avoir subi une opération de cure radicale a vu sa hernie se reproduire quelques mois après l'intervention quoique ayant porté constamment un bandage ; M. Championnière opéra de nouveau ce malade et découvrit une adhérence épiploïque au niveau du collet du sac qu'il eut assez de peine à rompre, cette adhérence était donc ancienne, elle avait été certainement méconnue du premier chirurgien, et la récurrence fut la conséquence de cette imperfection opératoire. La deuxième observation a trait à une malade opérée pour une hernie étranglée avec abandon de l'épiploon dans la plaie ; la malade sortit de l'hôpital, guérie de sa hernie étranglée, mais absolument impotente et sujette à des douleurs continues, qui ne lui permettaient aucun travail, et lui rendaient la vie tout à fait insupportable. Une seconde opération fut pratiquée, l'épiploon fut libéré et réséqué, et une guérison définitive succéda à la cure radicale. Aussi M. Championnière recommande-t-il toujours d'examiner avec le plus grand soin le collet du sac et d'introduire le doigt dans l'anneau aussi haut que possible, afin de bien s'assurer de la liberté de l'anneau et de l'absence de l'épiploon.

c.— Insertion au collet et au sac.— Il peut y avoir à la fois adhérence de l'épiploon aux parois du sac et à son collet. Nous n'avons rien à dire de cette variété d'insertion.

Etat de l'épiploon. — Voici ce que dit Scarpa dans son *Traité des hernies*. « Toute la partie qui est contenue dans le sac herniaire devient dure, compacte, et prend l'aspect d'une substance fibreuse recouverte d'une membrane mince et lisse. Quelquefois elle est présente une sorte de pédicule dans l'endroit même où elle embrassée par l'anneau et immédiatement au-dessous elle s'élargit et s'étend dans le sac herniaire sous forme de champignon. Assez ordinairement la portion d'épiploon qui reste dans le ventre n'est pas tout à fait exempte de changements, elle acquiert plus d'épaisseur et de densité que dans l'état sain, elle se charge de graisse, et ses vaisseaux deviennent variqueux, ce qui paraît dépendre de l'irritation produite par le tiraillement continu qu'elle éprouve de la part de la tumeur extérieure ».

L'épiploon, en effet, subit toujours des altérations anatomiques, il présente par place des épaissements, il s'hypertrophie sous l'influence d'une inflammation chronique qui est le point de départ des adhérences au sac et la cause des douleurs constantes accusées par le malade. Il peut être le siège d'éraillures, de fenestrations à travers lesquelles l'intestin peut faire hernie et s'étrangler comme dans un véritable anneau.

Les altérations peuvent être plus profondes : il peut se développer des noyaux cancéreux, des hydatides comme dans le cas de Lamorière de Montpellier où l'affection avait été prise d'ailleurs pour une hydrocèle du cordon ; dans une de nos observations l'épiploon très épais avait été pris pour une masse myxoma-

teuse (Obs. XLIX), il s'agissait en réalité d'un épiploon très volumineux, et siège d'une inflammation chronique, qui s'était aggloméré, tassé de façon à constituer une tumeur piriforme.

Chez un malade opéré par M. Monod, on trouva dans l'épaisseur de l'épiploon une tumeur bosselée, grosse comme une orange, et de consistance molle ; la tumeur était située entre les deux lames de l'épiploon, et n'était pas constituée par un appendice hypertrophié de cet organe ; à la coupe elle était entourée d'une sorte de capsule la limitant des parties voisines, elle présentait absolument l'aspect et la consistance du lipome, l'examen permit de constater l'existence de vésicules adipeuses volumineuses tenues dans des aréoles de tissu conjonctif ; il s'agissait donc bien d'un lipome développé dans l'épaisseur du grand épiploon.

État du sac. — L'aspect du sac est variable suivant les cas, il peut être distendu par son contenu, ou au contraire être mou, affaissé si une partie de la masse herniée est réduite. Les parois adhèrent quelquefois solidement avec les parties extérieures telles que le cordon dans les hernies inguinales, les vaisseaux fémoraux dans les hernies crurales et il est quelquefois difficile d'isoler le sac de ces organes importants.

Une fois ouvert il peut présenter dans sa cavité la plupart des organes contenus dans l'abdomen : deux fois M. Championnière a trouvé la vessie qu'il a largement ouverte ; dans ces deux cas il fit trois plans de suture sur la vessie et les malades guérirent sans accident. Il a rencontré plusieurs fois l'ovaire, il l'a ex-

tirpé et fait disparaître ainsi des douleurs très anciennes.

On dit ordinairement que les parois du sac sont épaisses et résistantes quelquefois au point d'être difficilement saisies entre les mors d'une pince (Boiffin) c'est loin d'être toujours vrai : dans un grand nombre de cas le sac est au contraire très mince et M. Championnière nous en a fait voir qui n'étaient certainement pas plus épais qu'une pelure d'oignon. Il est bon d'être prévenu de ce fait, car l'opérateur s'attendant à rencontrer un sac épais pourrait fort bien inciser le sac sans s'en douter et entamer ensuite l'intestin sous-jacent ce qui compliquerait bien fâcheusement l'opération.

Le sac peut se prolonger très loin dans la cavité abdominale et des adhérences situées profondément pourraient passer inaperçues si l'on n'avait soin d'attirer aussi loin que possible au dehors le sac herniaire. Chez une malade atteinte de hernie ombilicale opérée par M. Lucas Championnière il existait en réalité deux sacs : un externe renfermant de l'épiploon, un autre interne contenant de l'intestin ; les deux se reliaient l'un à l'autre par un pédicule qui traversait l'anneau ombilical. Cette disposition quoique rare mérite d'être signalée en raison des difficultés opératoires et de la possibilité d'accidents survenus après une kélotomie d'apparence complète et pratiquée dans les meilleures conditions de succès.

Boiffin rapporte une observation dans sa thèse (Obs. XLVIII) dans laquelle les accidents d'étranglement

persistaient malgré la kélotomie ; le chirurgien ayant défait le pansement et ouvert la plaie trouva une anse d'intestin qu'il réduisit facilement, les mêmes accidents persistant, il défit les sutures une seconde fois et trouva comme la veille une anse d'intestin dans la plaie, il redonna du chloroforme à la malade et introduisant son doigt aussi loin qu'il put, il trouva une large adhérence péritonéale attachant l'intestin.

Nous ne dirons rien des différentes variétés de sac, elles n'ont aucun rapport avec les épiplocèles adhérentes.

DIAGNOSTIC

Cette étude anatomique correspond-t-elle à certains syndromes? Est-il possible de reconnaître les adhérences avant la kélotomie ou ne sont-elles qu'une découverte opératoire? « Si l'on peut, disait J. L. Petit, connaître quelquefois que les parties renfermées dans la hernie sont adhérentes ce n'est pas lorsqu'elles sont étranglées... On ne peut porter plus loin ses connaissances jusqu'à ce que le livre de la vérité soit ouvert, je veux dire le sac, alors on reconnaît bien des choses qui étaient cachées, c'est là qu'on connaît clairement les adhérences ». On peut donc, en dehors des accidents d'étranglement, établir s'il y a ou non des adhérences et ce fait a son importance, car si tous les chirurgiens ne sont pas partisans de la cure radicale pour tous les cas de hernie la plupart reconnaissent qu'elle doit être tentée en cas d'adhérences.

Voyons comment les choses se passent ordinairement. Le malade a porté un bandage à l'apparition de sa hernie, ce bandage a été bien supporté pendant un certain temps puis le port en étant devenu douloureux il l'a supprimé ou l'a porté d'une façon irrégulière. La hernie a augmenté peu à peu de volume, le malade a éprouvé des tiraillements dans la tumeur, des douleurs sourdes, principalement pendant la marche et le travail; l'effort et la toux causaient des sensations pé-

nibles de distension dans la hernie. Ces petits accidents vont toujours en augmentant d'intensité, la tumeur que le malade avait pu réduire jusque-là devient complètement ou partiellement irréductible, douloureuse à la pression et plus volumineuse. Le hernieux désormais incapable de se livrer à aucun travail et souffrant continuellement vient alors consulter le médecin. Quelquefois ce dernier réduit ou croit réduire la hernie et applique lui-même le bandage; dans ce cas la hernie paraît réduite, mais elle ne l'est pas en totalité, le bandage alors est insupportable car il vient comprimer une adhérence qui est souvent déjà spontanément douloureuse. Souvent dans ces cas le chirurgien n'ayant pas reconnu d'adhérence et convaincu d'avoir réduit complètement la hernie accuse le malade de mauvais vouloir parce qu'il se plaint ou refuse de porter son bandage : ces cas ce sont souvent produits chez des malades qu'on avait cru porteur d'une épiplocèle réductible et qui en réalité présentaient des adhérences épiploïques au niveau du collet du sac comme il était facile de s'en assurer pendant l'opération.

La douleur est donc un symptôme constant : elle est accusée par la plupart des malades atteints d'épiplocèle adhérente ; le malade de notre observation VII n'avait pas cessé de souffrir un seul instant depuis treize ans ; la douleur est toujours liée à l'apparition des adhérences.

D'ailleurs dans un certain nombre de laparotomies des chirurgiens n'ont pas fait autre chose que détruire des adhérences péritonéales et les résultats ont tou-

jours été des plus satisfaisants; ces malades dont les souffrances étaient intolérables au point de réclamer une opération, ont été à la suite de la laparotomie complètement soulagés.

L'examen de la hernie peut-il nous aider à faire le diagnostic des adhérences? Il faut pour cela le pratiquer en dehors des accidents ainsi que nous l'avons dit ci-dessus.

La tumeur est mollassse, peu tendue, pâteuse, lobulée, mate à la percussion, s'il s'agit d'une épiplocèle pure; elle est sonore, si c'est une entéro-épiplocèle, et donne du gargouillement.

L'irréductibilité est fréquente, mais n'est pas constante; une épiplocèle adhérente peut être réductible: l'épiploon peut être attaché au fond du sac par une adhérence assez longue pour lui permettre de rentrer, on sent très bien alors dans ces cas que le sac est entraîné vers l'orifice herniaire auquel il vient s'appliquer. Dans le cas d'entéro-épiplocèle le taxis provoque habituellement un bruit de gargouillement et parfois la réduction partielle, l'épiploon restant fixé au dehors; on peut alors sentir dans ce cas en palpant l'abdomen au-dessus de l'orifice herniaire, la corde épiploïque de Velpeau.

Rarement l'intestin adhère soit à lui-même, soit au sac. Gosselin en donne l'explication: l'intestin est sans cesse animé de mouvement, l'épiploon au contraire est immobile et cette immobilité facilite son adhérence.

L'orifice herniaire a augmenté de largeur et permet l'introduction de un ou plusieurs doigts.

Si on est appelé auprès du malade au moment d'accidents nous avons dit que l'examen clinique était impossible ou tout au moins négatif au point de vue des adhérences. Le chirurgien doit se contenter des renseignements fournis par le malade ou son entourage, sans toutefois y attacher une bien grande importance.

On peut donc d'après ce mode d'examen reconnaître la présence des adhérences dans le sac.

Nous ne chercherons pas à faire le diagnostic différentiel des hernies adhérentes et plus spécialement des épiplocèles adhérentes, cette partie de leur histoire étant complète dans les auteurs classiques.

MARCHE ET PRONOSTIC

Que devient une épiplocèle adhérente abandonnée à elle-même ? Elle s'aggrave de plus en plus, les accidents légers du début, qui disparaissaient au bout de quelques jours de repos ou cédaient à l'application de quelques soins bien simples, sont remplacés par des accidents plus sérieux. Le malade a beau essayer de tous les moyens de contention pour maintenir sa hernie, suspensoir, bonnet de coton, ceinture spéciale, etc., sa hernie augmente toujours de volume ; de nouvelles adhérences s'établissent amenant une exacerbation de douleurs rendant la vie absolument intolérable. Le malade obligé de quitter ses occupations habituelles, ne pouvant plus se livrer à des exercices actifs finit par ne plus manger et tomber dans un véritable marasme. De temps en temps sous l'influence d'une poussée plus aiguë de péritonite herniaire, d'une inflammation de l'épiploon adhérent, on voit survenir des vomissements, des nausées, de la constipation ; ces accidents, s'ils cèdent encore à l'emploi des bains et des cataplasmes, n'en ont pas moins aggravé les lésions de la hernie, ils sont en tout cas un acheminement vers la terminaison trop souvent fatale, l'étranglement herniaire.

C'est assez dire que le pronostic est des plus sombres si le chirurgien n'intervient pas.

M. le professeur Trélat dans une clinique sur la cure opératoire des hernies s'exprime en ces termes au sujet de l'épiplocèle adhérente: « La hernie épiploïque irréductible est une menace constante, c'est celle-là que je considère avant toute autre comme indiquant une opération aussi rapide que possible dès qu'on l'a constatée ».

TRAITEMENT

D'après M. le professeur Trélat il faut donc intervenir. Les chirurgiens partisans du bandage quand il ne s'agit que de hernies simples, acceptent l'intervention dans le cas de hernies adhérentes, *a fortiori* ceux qui de propos délibéré font la cure radicale.

Nous n'avons pas à décrire ici le manuel opératoire de la cure radicale, nous rappellerons seulement qu'il faut prendre les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, puisqu'on ouvrira le péritoine ; on fera un nettoyage complet de la région avec le savon et l'eau de panama, et en dernier lieu avec une solution phéniquée forte ou du sublimé, il est évident que le chirurgien et ses aides devront être complètement aseptiques.

Dès que le sac est ouvert il faut s'attacher à bien reconnaître les différents organes qui peuvent y être contenus : cette recommandation n'est pas banale, puisque des chirurgiens ayant une grande habitude de cette opération, tels que notre maître M. Championnière, ont pu se méprendre et blesser des organes importants, tels que la vessie. Il faut donc bien explorer la région à l'aide des doigts, réduire les anses intestinales qui pourraient se trouver au dehors après s'être assuré au préalable qu'elles étaient saines et les avoir touchées avec une solution antiseptique tiède. On se rend compte ensuite de l'état de l'épiploon et de

ses adhérences, on peut négliger celles qui siègent à la partie inférieure du sac, car on les enlèvera avec ce dernier.

Quant aux adhérences qui siègent plus près du collet, on les détachera avec le doigt ou, si c'est nécessaire, avec l'instrument tranchant, bistouri ou ciseaux.

Mais c'est surtout le collet du sac qui doit attirer l'attention du chirurgien; les adhérences au collet sont fréquentes; il faut même introduire le doigt dans l'anneau, bien explorer le pourtour de l'orifice afin de bien s'assurer qu'on ne laisse pas d'adhérence; nous conseillons même d'imiter la pratique de notre maître qui tire sur l'épiploon afin d'être sûr de sa mobilité.

Quelle conduite doit-on tenir vis-à-vis de l'épiploon? Il est absolument indiqué de réséquer tout ce qu'il sera possible d'enlever; c'est la manière de faire de M. Championnière. L'épiploon, en effet, fraie pour ainsi dire le chemin de la hernie; en venant battre contre les orifices qui lui servent ordinairement de passage, il dilate les anneaux et diminue leur résistance: aussi notre maître ne se contente pas de réséquer tout l'épiploon contenu dans le sac, il enlève aussi tout celui qu'il peut attirer au dehors, afin de relever en quelque sorte le tablier épiploïque et l'empêcher de contracter des adhérences au niveau des orifices herniaires. Après une opération largement faite, moins il viendra d'épiploon au voisinage de l'anneau, moins la hernie aura de chances de récurrence.

Mais tous les chirurgiens ne partagent pas cette manière de faire et beaucoup considèrent la résection de

l'épiploon comme une opération fâcheuse pour le pronostic opératoire.

« La présence dans le sac d'une portion d'épiploon qu'il faut réséquer, dit Heydenreich (1), aggrave le pronostic, par suite de la possibilité d'une hémorragie secondaire. La cure radicale appliquée aux hernies étranglées est sans danger, si l'opération est pratiquée suivant les règles avec le secours de toutes les précautions antiseptiques, si de plus la hernie est petite et ne contient pas d'épiploon ».

Il nous semble qu'on peut se mettre à l'abri des hémorragies secondaires en traitant l'épiploon avec toutes les précautions nécessaires; M. Championnière a réséqué l'épiploon dans toutes ses opérations, et il n'a jamais eu d'accident.

Anderegg regarde aussi la résection de l'épiploon comme fâcheuse au point de vue du pronostic de l'opération.

« Le danger de mort que fait courir la cure radicale, dit Anderegg (2), dépend au plus haut point de l'âge du sujet, de la nature et du volume de la hernie et de la nécessité d'une résection épiploïque ».

Enfin, M. Berger, dans son article, *Cure radicale de la hernie*, publié dans la *Revue des sciences médicales*, fait aussi certaines restrictions à la résection de l'épiploon. Voici en effet ce qu'il dit :

1. *Sem. méd.*, 11 juillet 1888. *La valeur de l'opération de la cure radicale des hernies.*

2. *Die radicale opération der Hernien*, par J. Anderegg. *Deut. Zeit. I. Chir.*, XXIV, Heft., 3 et 4.

« Convient-il d'exciser l'épiploon contenu dans une hernie, même quand il n'est pas irréductible ? Considérant le rôle manifeste, quoique inexplicable, que l'épiploon joue dans le mécanisme de la production des hernies, M. Lucas-Championnière donne le conseil d'enlever toujours tout ce qu'on peut attirer au dehors d'épiploon. Nous verrons que les statistiques accusent une mortalité plus grande pour les opérations de cure radicale accompagnées d'excision de l'épiploon ; il convient d'en tenir compte et de ne procéder à la résection de l'épiploon que si celui-ci est contenu en grande quantité dans le sac, ou s'il a perdu sa souplesse et sa mobilité.

« La résection d'une grande masse d'épiploon avait dû être pratiquée dans plusieurs des cas malheureux. On sait que, chez un opéré de Volkmann, celle-ci fut cause d'une hémorrhagie interne qui fut suivie de mort ; cet accident dû à une faute opératoire, n'est nullement à craindre pour ceux qui se conforment aux règles que nous avons indiquées dans le traitement de l'épiploon hernié. Il n'en reste pas moins certain que l'ablation d'une grande quantité d'épiploon, surtout quand celui-ci est adhérent, aggrave notablement le pronostic de l'opération. Anderegg estime à 2 0/0 environ l'accroissement de la mortalité qui dépend de ce temps de l'opération ».

Nous ne voyons pas trop pour quelle raison M. Berger considère l'ablation de l'épiploon comme une aggravation du pronostic, puisqu'il ajoute lui-même qu'on peut se mettre à l'abri de l'hémorrhagie interne en

suivant les règles qu'il a indiquées à propos du traitement de l'épiploon hernié.

Pour nous, nous partageons la manière de faire de M. Lucas-Championnière, et nous nous permettons d'opposer aux statistiques de M. Berger, qui accusent une mortalité plus grande quand on résèque l'épiploon, la statistique de notre maître qui a toujours enlevé tout ce qu'il a pu d'épiploon ; or, sur 160 opérés de cure radicale, il n'y a eu qu'un décès, c'est celui d'un malade que notre maître était allé opérer dans le service de M. le professeur Guyon, et dans ce cas il n'y eut pas la plus petite résection d'épiploon. Nous accordons toutefois que la résection de l'épiploon rend l'opération complexe, mais on ne doit pas, selon nous, sous prétexte de simplification, faire une opération incomplète.

Nous passerons sous silence le manuel opératoire du traitement de l'épiploon, il est soigneusement décrit par notre maître dans sa monographie sur la cure radicale des hernies.

Nous nous contenterons d'insister en terminant sur la nécessité d'une ample résection épiploïque qui contribuera à mettre à l'abri de la récurrence et sur les soins qu'il faut apporter au traitement de l'épiploon : on ne fera pas une ligature en masse, le nœud simple en frottant pourrait glisser, mais on placera les fils par sections indépendantes, par groupes de façon à ne pas enserrer une grosse portion d'épiploon qui formerait un gros bouchon difficile à rentrer dans le ventre : de cette manière l'épiploon que l'on rentre s'étale plus facilement et les fils ne peuvent pas glisser.

CONCLUSIONS

1° Les adhérences épiploïques sont fréquentes.

2° L'épiplocèle est adhérente au sac ou à son collet par son bord ou par sa surface ;

3° L'épiplocèle adhérente a pour principaux symptômes la douleur et l'irréductibilité ;

4° Certaines hernies paraissent réductibles et elles ne le sont pas ;

5° C'est une infirmité pénible et dangereuse qui demande une intervention ;

6° Il faut, outre détruire les adhérences, réséquer le plus possible d'épiploon.

Observations provenant toutes du service de M. le Dr J. Lucas-Championnière.

OBSERVATION I

P. Pierre, 27 ans, tisseur en toile métallique.

Hernie inguinale gauche, congénitale avec hydrocèle, hernie fort gênante.

Opération le 22 août 1882.

Une incision sur le scrotum et le trajet du canal inguinal, conduit sur sac herniaire contenant peu de liquide, mais de l'épiploon extrêmement adhérent au testicule dont il fut assez difficile de le séparer, résection d'une masse considérable d'épiploon par cinq ligatures, la dissection du sac est difficile.

Le malade revu au bout de huit mois, est enchanté de son opération, il porte très irrégulièrement son bandage, néanmoins la guérison est bonne.

OBSERVATION II

B... Marie, 38 ans, journalière.

Hernie inguinale droite datant de six ans, accidents d'engouement, hernie ne sortant pas habituellement, sortie sous l'influence d'un effort depuis six jours, douleur vive.

Opération le 24 janvier 1885.

Épiploon adhérent à la partie antérieure du sac, décollement facile, résection de cet épiploon.

Malade revue au bout de quelques mois, restée guérie, quoique ne portant pas de bandage.

OBSERVATION III

L... Ernest, 46 ans, marbrier.

Hernie inguinale gauche, congénitale.

Hernie très difficile à contenir, ne se réduit jamais complètement, douleurs vives, depuis douze ans le malade souffrait continuellement.

Opération le 10 septembre 1885.

Épiploon adhérent, résection de 135 grammes.

Malade revu en très bon état, quatre ans après : cicatrice volumineuse et excellente.

OBSERVATION IV

B... Joseph, 18 ans, émailleur.

Hernie inguinale droite, congénitale, épiploïque.

Hernie constituée par masse dure, masse douloureuse, irréductible, descendant jusque vers le testicule, ne fait saillie que depuis peu, le malade a des coliques, mais rend gaz et matières fécales, il a déjà eu les mêmes accidents l'année précédente.

Opération le 31 décembre 1885.

Résection d'une masse épiploïque considérable et adhérente. Guérison constatée après dix mois.

OBSERVATION V

R... Louis, 51 ans, menuisier.

Hernie inguinale épiploïque droite, énorme, irréductible, tout bandage impossible, a été réformé au service pour cette infirmité.

Opération le 11 septembre 1886.

Extirpation d'une masse énorme d'épiploon (800 gr.) adhérente.

Malade revu plus tard, très bien guéri.

OBSERVATION VI

D... Ch. Adolphe, 25 ans, journalier.

Hernie inguinale droite douloureuse survenue en 1879, pendant exercice de gymnastique, a toujours porté son bandage, il a toujours souffert et réclame l'opération.

Opération le 30 septembre 1886.

Un fragment d'épiploon est adhérent au fond du sac, une autre portion libre est enlevée en même temps.

Malade sort en bon état, content de l'opération.

OBSERVATION VII

D... Mizeel, 24 ans, comptable.

Grosse épiplocèle inguinale gauche, congénitale.

N'a jamais porté de bandage, la tumeur a toujours augmenté:

Opération le 26 octobre 1886.

Sac bilobé, nombreuses adhérences épiploïques : extirpation d'une masse considérable d'épiploon.

Excellentes nouvelles du malade au bout d'un an et demi.

OBSERVATION VIII

C... Alfred, 28 ans, journalier.

Hernie inguinale droite, petite, sans accidents.

Opération 26 octobre 1886.

Une frange épiploïque fixe, est adhérente au voisinage du collet du sac ; elle est réséquée. Excision de 35 grammes d'épiploon.

Résultat immédiat excellent.

OBSERVATION IX

C... Marguerite, 25 ans, domestique.

Hernie crurale gauche, irréductible, datant de 3 ans 1/2.

Vomissements et douleurs depuis quelques jours.

Opération le 28 janvier 1887.

Épiploon abondant : adhérence extrêmement serrée au niveau du collet de la hernie, très grande difficulté pour dégager l'épiploon, excision de l'épiploon.

Bon résultat immédiat ; solidité parfaite de la cicatrice.

OBSERVATION X

R... Auguste, 28 ans, journalier.

Hernie traumatique au-dessus de l'arcade crurale droite, suite de coup de pied de cheval il y a deux ans.

Tumeur douloureuse à la pression.

Opération le 3 février 1887.

L'épiploon est adhérent à toute la surface de la cicatrice cutanée, il est réséqué complètement.

Suites simples, plus de douleur, cicatrice solide.

OBSERVATION XI

B... Georges, 15 ans, sans profession.

Hernie inguinale droite congénitale.

A été traité avec beaucoup de soin par l'application des bandages dont il souffre toujours ! La tumeur augmente parfois considérablement de volume sous l'influence de la marche.

Opération le 7 avril 1887.

Épiploon très adhérent au sac qui se prolonge en bas jusqu'au testicule, excision d'une masse épiploïque importante.

Malade revu plusieurs fois depuis l'opération, résultat maintenu satisfaisant.

OBSERVATION XII

L... Faustin, 37 ans, coiffeur.

Hernie épigastrique, épiploïque, peu volumineuse, doulou-

reuse, datant de cinq à six ans, vomissements, tiraillement.

Opération le 28 avril 1887.

Épiploon fusionné avec la paroi et très adhérent aux bords de l'anneau ; résection de l'épiploon adhérent et d'une portion libre.

Revu un an plus tard, résultat satisfaisant, vomissements et douleurs n'ont pas reparu.

OBSERVATION XIII (personnelle).

L. Pascal, 38 ans, domestique

Hernie inguinale gauche datant de deux ans, irréductible, incoercible et douloureuse depuis quatre mois : ulcération due au port du bandage.

Opération le 17 mai 1887.

Épiploon adhérent au sac dont la dissection est très laborieuse, résection de 108 grammes d'épiploon.

Revu plus de huit mois après l'opération avec un résultat maintenu excellent.

OBSERVATION XIV

M... Isaac, 22 ans, cultivateur.

Hernie crurale gauche datant de cinq ans, irréductible, incoercible, douloureuse ; aucun bandage supporté.

Opération le 25 juin 1887.

Sac très mince contenant seulement de l'épiploon très adhérent, très gros vaisseaux, très adhérents. Résection de 29 grammes d'épiploon.

Revu en bon état 17 mois après l'opération.

OBSERVATION XV (personnelle).

B... Marie Rosalie, 38 ans, charbonnière.

Hernie ombilicale datant de 10 ans : pas d'enfant, survenue à la suite d'un effort violent ; jamais de réduction, irréductible et incoercible, douloureuse, vomissements fréquents.

Opération le 30 juin 1887.

Sac mince doublé de graisse et contenant épiploon adhérent ; intestin adhérent au voisinage de l'orifice.

Guérison sans accident, sort beaucoup trop tôt ; vue un an après l'opération, tendance peu marquée à la récurrence.

OBSERVATION XVI

R... Louis, 29 ans, imprimeur.

Hernie épigastrique très petite, située entre l'ombilic et l'appendice ; malade se plaignant de douleurs et de vomissements.

Opération le 5 juillet 1887.

Dissection difficile du sac, résection difficile de l'épiploon adhérent et d'une portion du ligament suspenseur du foie, guérison rapide, sort sans appareil, disparition des vomissements, mort au commencement de 1888 de maladie aiguë, il était resté bien guéri de sa hernie.

OBSERVATION XVII (personnelle).

A... Augustine, 51 ans, journalière.

Hernie ombilicale énorme, datant de 13 ans, survenue 7 ans après son dernier accouchement, hernie ne rentrant jamais, douleurs constantes, femme devenue impotente, emphysémateuse, est sur le point de renoncer à son métier de vendeuse au panier.

Opération le 12 juillet 1887.

Masse énorme de viscères, épiploon très épais et adhérent en plusieurs points ; ablation de 573 grammes d'épiploon : dissection laborieuse du sac, résection du sac avec la peau voisine (258 grammes).

Revue 16 mois après l'opération, état très satisfaisant, la malade a repris son métier de vendeuse au panier : cicatrice un peu amincie à sa partie supérieure, mais elle soutient bien le choc des viscères.

OBSERVATION XVIII

M... Auguste, 23 ans, garçon marchand de vins.

Hernie inguinale droite datant de 4 à 5 ans, réduite au moyen d'un bandage, mais toujours douloureuse ; le malade réclame l'opération.

Opération le 23 août 1887.

Sac très friable, constitué en partie par l'épiploon qui lui adhère : résection de 60 grammes d'épiploon avec le sac.

Malade sort en très bon état.

OBSERVATION XIX (personnelle).

T... Virginie, 53 ans, blanchisseuse.

Hernie crurale droite (épiplocèle adhérente) du volume d'un œuf de poule : accidents d'étranglement, il y a 15 jours, pour lesquels elle est entrée à Necker, on a réduit une partie de la hernie et les accidents ont disparu, mais depuis il reste une masse irréductible et douloureuse.

Opération le 22 décembre 1887.

Ouverture facile du sac qui contient de l'épiploon fusionné avec le collet du sac : détachement puis résection de 35 grammes d'épiploon. Débridement du collet pour permettre réduction de l'épiploon.

Malade sortie au bout de six semaines avec cicatrice parfaitement solide.

OBSERVATION XX (personnelle).

J... Julien, 24 ans, commis épicier.

Petite hernie inguinale gauche datant de 4 ans, a constamment porté bandage ; depuis un an la hernie file toujours sous le bandage : pas de douleur, seulement gêne.

Opération le 20 janvier 1888.

Sac très adhérent au cordon, résection de 74 grammes d'épiploon adhérent.

Malade sort en très bon état, revu trois mois après ; excellent résultat.

OBSERVATION XXI (personnelle).

P... Charles, 31 ans, garçon limonadier.

Hernie inguinale double, la droite douloureuse depuis six ans aurait présenté il y a deux mois des symptômes d'étranglement.

Opération à droite le 26 janvier 1888.

Sac difficile à découvrir, épiploon très difficile à traiter; on en résèque 56 grammes.

Sort au bout de deux mois avec ceinture; très bonne cicatrice.

OBSERVATION XXII

V... Léon, 39 ans, emballleur.

Hernie inguinale double depuis l'âge de 12 ans; celle de droite plus volumineuse, irréductible, porte bandage depuis l'âge de 20 ans, mais les hernies sortent.

Opération à droite le 27 mars 1888.

Ouverture facile du sac, résection de 105 grammes d'épiploon très adhérent.

Opération à gauche le 24 avril, pas d'adhérence épiploïque. Suites très simples pour les deux opérations, résultats très satisfaisants.

OBSERVATION XXIII

M... Georges, 27 ans, chapelier.

Hernie inguinale double, à gauche depuis 15 ans, réductible, mais douloureuse et ne supporte pas de bandage ; à droite depuis 12 ans, moins volumineuse, porte bandage depuis 5 ans.

Opération à gauche le 30 mars 1888.

Résection de 88 grammes d'épiploon adhérent au fond du sac, sort en très bon état avec une cicatrice bien solide.

OBSERVATION XXIV

C... Césaire François, 45 ans, garçon de bureau.

Hernie inguinale droite ; comme sa hernie a été irréductible l'année dernière et qu'il a eu des accidents d'étranglement, il demande l'opération.

Opération le 17 avril 1888.

Adhérence intime d'épiploon avec le fond du sac, résection de 350 grammes de masse épiploïque.

Suites excessivement simples, excellent résultat à la sortie.

OBSERVATION XXV

D. P. L... Eugène, 52 ans, garçon de magasin.

Hernie inguinale droite, qui ne remonterait au dire du malade qu'à six mois, cependant tout le côté droit des bourses et la région du canal présente un empâtement qui semble carac-

téristique de l'adhérence épiploïque, ne porte pas de bandage, la hernie sort très facilement sous l'influence du moindre effort.

Opération le 20 avril 1888.

Corde épaisse dans le sac constituée par une adhérence épiploïque extrêmement solide vers l'épididyme, résection de 38 grammes d'épiploon.

Vomissements et ballonnement du ventre le premier jour, bon état à la sortie.

OBSERVATION XXVI

L... Alfred-Marie-Joseph, 25 ans, employé de commerce.

Hernie inguinale gauche depuis 9 ans, toujours maintenue par un bandage. La tumeur est dense, paraît irréductible, malgré l'affirmation contraire du malade, il souffre toujours.

Opération le 31 mai 1888.

Sac difficile à trouver, contient de l'épiploon adhérent et absolument irréductible. Détachement des adhérences et résection de 28 grammes d'épiploon.

Le malade sort en bon état sans impulsion.

OBSERVATION XXVII

C... Alexandre, 35 ans, marchand de vins.

Hernie inguinale droite, congénitale et adhérente, paraît réductible, mais n'est pas maintenue par le bandage.

Opération le 5 juin 1888,

Sac bilobé, facile à trouver, au niveau de la partie rétrécie

du sac, l'épiploon adhère intimement, excision de 132 grammes d'épiploon.

Malade revu plus de 5 mois après l'opération, solidité parfaite de la cicatrice.

OBSERVATION XXVIII

B... Alfred, 33 ans, journalier.

Épiplocèle inguinale droite, adhérente. A débuté il y a 15 ans, porte bandage, mais la hernie paraît incomplètement réductible.

Opération le 14 juin 1888.

Découverte du sac très difficile, il est situé en arrière, et sa partie antérieure est constituée par une véritable fusion du sac péritonéal de l'épiploon et du tissu pré-péritonéal : cela forme un magma inextricable, de l'épiploon attiré de l'abdomen vient s'ajouter à celui-là : résection de 65 grammes d'épiploon.

Le malade sort en bon état; revu plus de 5 mois après l'opération, cicatrice très solide, aucune impulsion.

OBSERVATION XXIX

P... Henri, 30 ans, serrurier.

Hernie inguinale gauche, très adhérente, a débuté il y a 15 ans : porte irrégulièrement son bandage, réduction incomplète.

Opération le 22 juin 1888.

Adhérences multiples de l'épiploon aux parois du sac. Détachement des adhérences et résection de 107 grammes d'épiploon. Malade sort en bon état.

OBSERVATION XXX

G..., 60 ans, sans profession.

Hernie inguinale gauche, volumineuse, irréductible : douleurs rendant la vie insupportable.

Opération le 4 juillet 1888, à maison de santé.

Adhérences épiploïques considérables, résection de 300 grammes d'épiploon.

Le malade malgré quelques accidents pulmonaires, guérit bien et retourne dans son pays, où il a succombé le 29 octobre de la même année à une affection étrangère à la hernie.

OBSERVATION XXXI

Docteur P..., 31 ans.

Hernie inguinale droite, probablement congénitale, très douloureuse, irréductible.

Opération le 11 juillet 1888.

Épiplocèle adhérente, résection de 130 grammes d'épiploon, suites très simples, revu quatre mois après l'opération, état des plus satisfaisants.

OBSERVATION XXXII

F... Albert, 28 ans, fleuriste.

Hernie inguinale gauche datant de 7 ans, bandage depuis

6 ans : hernie de volume médiocre, mais nettement irréductible.

Opération le 23 août 1888.

Ouverture facile du sac, l'épiploon contenu est fusionné à la paroi sous forme d'une corde très difficile à détacher ; celui qui est attiré est altéré aussi : résection de 135 grammes.

Sort en très bon état, bien solide.

OBSERVATION XXXIII

D... Marie, 44 ans, journalière.

Hernie crurale gauche, épiplocèle adhérente, volume d'une noix, ne daterait que de 15 jours, mais souffre de l'aine depuis 6 à 7 ans : jamais de bandage, tumeur irréductible.

Opération le 26 juillet 1888.

Très petite tumeur, enveloppée d'un réseau veineux, épiploon complètement fusionné avec un sac mince, extirpation au collet.

Sort en très bon état, sans impulsion aucune.

OBSERVATION XXXIV

V... Louis, 27 ans, serrurier.

Hernie inguinale gauche datant de huit ans, opérée il y a deux ans par M. X..., chirurgien des hôpitaux, récidive depuis six ou huit mois, il a porté un bandage ordinaire depuis son opération.

A son entrée à l'hôpital la hernie est volumineuse, douloureuse et irréductible, le malade ne peut plus travailler et

demande à être opéré : il porte une cicatrice beaucoup plus marquée sur les bourses que sur le ventre.

Opération le 20 décembre 1888.

Grande incision, arrivée dans le sac difficile à cause du tissu de cicatrice : celui-ci est épais et contient une adhérence épiploïque très volumineuse qui remonte jusqu'au delà du collet du sac ; une partie considérable d'épiploon est attirée en bas, puis réséquée, il y en a 95 grammes.

Dissection très laborieuse du sac, réduction de l'épiploon difficile.

Malade sort le 12 janvier en bon état.

OBSERVATION XXXV

R... François, 32 ans, mécanicien.

Hernie crurale droite depuis 7 à 8 ans : bandage pendant 18 mois, épiplocèle adhérente et douloureuse.

Opération le 27 décembre 1888.

Sac entouré de graisse, épiploon très adhérent et difficile à dégager ; résection de 80 grammes sur 11 fils en deux pédicules.

Résultat parfait.

OBSERVATION XXXVI

P...; Gustave, 20 ans, bijoutier.

Hernie inguinale droite, congénitale, irréductible : testicule peut être refoulé vers l'anneau : au palper, boudin irréductible allant jusque dans les bourses.

Opération le 28 décembre 1888.

Sac trouvé assez facilement au centre du cordon, à collets multiples, l'épiploon qu'il contient est très adhérent en bas, un peu au-dessus du testicule qui occupe le fond du sac, il est lié et réséqué (56 gr.).

Sort avec une bonne cicatrice, mais a eu un peu de suppuration à l'orifice du drain.

OBSERVATION XXXVII

C... Raoul, 20 ans, bijoutier.

Hernie épigastrique, épiplocèle adhérente depuis 15 jours à la suite de chute de cheval. Petite tumeur irréductible, grosse comme une aveline, située à 2 centimètres au-dessus du nombril.

Opération le 3 janvier 1889.

Tumeur constituée par de l'épiploon adhérent à un sac graisseux.

Résection de l'épiploon.

Sort en très bon état, après un pansement sans appareil.

OBSERVATION XXXVIII

L... Marie, 36 ans, domestique.

Hernie crurale, épiploïque gauche, adhérente, datant de 8 ans, pas réduite, n'a pas porté de bandage ; le palper fait sentir une masse épiploïque absolument irréductible.

Opération le 18 avril 1889.

Sac fondu avec l'épiploon, très intime avec le collet et ayant

contracté une adhérence solide avec le gros intestin ; détachement très laborieux ; résection de 72 grammes d'épiploon.

Sort en très bon état, aucune douleur.

OBSERVATION XXXIX

B... Paul, 23 ans, étudiant.

Hernie inguinale droite, adhérente, survenue depuis un an et demi, à la suite d'une chute de cheval.

Opération le 11 avril 1889.

Masse épiploïque très adhérente au sac et fondue en quelque sorte avec l'épididyme ; détachement très laborieux de l'épididyme, résection de 125 grammes d'épiploon.

Bon résultat.

OBSERVATION XL

R... Lucie-Sophie, 32 ans, institutrice.

Hernie crurale droite, épiploïque, irréductible, survenue il y a 2 ans à la suite d'un accouchement, a porté un bandage six mois après.

Depuis quelque temps la hernie est douloureuse et ne rentre plus en totalité.

Opération le 28 mars 1889.

Sac mince, adhérent, masse épiploïque très irrégulière et dure à détacher, résection de 95 grammes.

Sort en bon état.

OBSERVATION XLI

L... Jules, 28 ans, tourneur.

Hernie inguinale gauche depuis l'âge de 10 ans, douloureuse dans les derniers temps.

Opération le 8 mai 1889.

Sac en sablier, épiploon adhérent, résection de 65 grammes.

Malade tousse un peu à la sortie.

OBSERVATION XLII

M... Georges, 31 ans, employé.

Hernie inguinale droite depuis 1878, bandage au début, devenu insuffisant, il n'en porte plus depuis 8 ans, difficilement réductible.

Opération le 30 avril 1889.

Sac contient de l'épiploon adhérent très intimement ; une masse considérable est attirée et réséquée (215 gr.)

Pas d'impulsion à la sortie du malade.

OBSERVATION XLIII

H... 37 ans, couturière.

Hernie ombilicale volumineuse depuis deux ans. La hernie ne rentre plus depuis deux mois.

Opération le 23 mai 1889.

Adhérences multiples de l'intestin et de l'épiploon.

Sort en bon état. Revu le 23 août, sans modification du résultat.

OBSERVATION XLIV

B... Paul, 21 ans, employé de commerce.

Hernie inguinale droite, congénitale, avec adhérences épiploïques datant de quatre ou cinq ans, impulsion nette, on sent l'épiploon et la vaginale distendue.

Opération le 1^{er} août 1889.

Sac contenu dans le cordon, adhérences épiploïques en bas. Épiploon attiré et réséqué (43 gr.).

Malade sort en bon état.

OBSERVATION XLV

F... Maria, 20 ans, cuisinière.

Hernie crurale droite, survenue il y a deux ans à la suite d'un effort, pas de bandage, douloureuse après la marche, une partie de la tumeur persiste après la réduction.

Opération le 9 août 1889.

L'incision conduit sur un premier sac extérieur, deuxième sac péritonéal à paroi graisseuse difficile à déterminer, après l'ouverture une adhérence épiploïque importante insérée sur le collet est attirée : résection de 70 grammes d'épiploon.

Sort en excellent état avec une cicatrice bien solide.

OBSERVATION XLVI

D... Modeste, 37 ans, charretier.

Hernie très ancienne, bandage très irrégulièrement porté,

depuis quatre mois tout à fait irréductible, tumeur allongée, dure et sensible à la pression, descendant dans les bourses.

Opération le 16 août 1889.

Sac dur à parois très épaisses contenant une masse épiploïque, compacte, très serrée par un collet dur situé bien au-dessus de l'anneau ; à ce collet la masse épiploïque adhère très intimement, au-dessus, dilatation du sac surmontée d'un nouveau collet plus large, mais très dur, l'épiploon contenu est moins tassé, moins induré, mais il est encore adhérent jusqu'au collet supérieur : détachement et résection de 70 grammes d'épiploon, le sac renfermé dans le crémaster est très adhérent à l'épididyme.

Suites très simples.

OBSERVATION XLVII

T... Charles, 43 ans, cordier.

Hernie inguinale gauche, épiploïque irréductible, douloureuse depuis plusieurs années.

Opération le 29 février 1887, service de M. Monod, en présence de M. Marchand.

Sac enveloppé de graisse, ressemblant beaucoup à de l'épiploon : l'épiploon est dur, adhérent au fond du sac, il a subi une sorte de dégénérescence myxomateuse.

Dissection de l'épiploon adhérent, puis dissection du sac jusqu'au delà du collet : résection de 78 grammes d'épiploon.

Malade sort dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION XLVIII

C... Marguerite, 68 ans, journalière.

Hernie crurale gauche étranglée.

Hernie ancienne déjà étranglée il y a deux ans, opérée avec abandon de l'épiploon dans la plaie.

Depuis cette opération la malade souffrait sans cesse de sa hernie.

Nouvel étranglement le 12 octobre 1884.

Kélotomie le 13 octobre 1884.

Le sac est ouvert avec la peau à laquelle il adhère intimement, une masse d'épiploon adhère d'une part au sac de l'autre à une anse intestinale, résection d'épiploon et réduction de l'intestin après incisions multiples sur l'anneau.

Depuis sa nouvelle opération la malade ne souffre plus.

Revue depuis plusieurs fois, pas de récurrence, plus de douleurs.

OBSERVATION XLIX

T... Charles, 43 ans.

Épiplocèle gauche, irréductible, ancienne et douloureuse.

Opération le 29 février 1887 à Saint-Antoine, service de M. Monod.

Recherche du sac assez laborieuse, épiploon adhérent ayant l'aspect myxomateux ; résection d'une portion volumineuse d'épiploon.

Malade sort dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION L

D... 79 ans, rentier.

Hernie crurale gauche étranglée.

Malade présenté deux ans avant l'opération pour une hernie douloureuse paraissant se réduire complètement ; après la réduction complète, le bandage était difficile à supporter.

Kélotomie le 16 décembre 1885.

Une adhérence épiploïque sur le collet du sac constitue une corde très dure qui contribue à l'étranglement : celui-ci n'est levé qu'après section de la bride très dure qu'elle constitue.

Malade resta bien guéri de son opération.

Mort deux ans plus tard de ramollissement cérébral.

Vu : Le Président de la thèse,

DUPLAY

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

HENRI JOUVE, Imprimeur de la Faculté de Médecine, 23, rue Racine, Paris.

Maré

8

